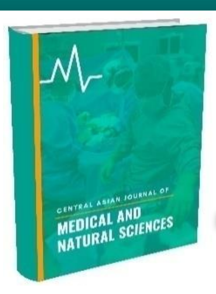
CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES



Volume: 03 Issue: 03 | May- Jun 2022 ISSN: 2660-4159

http://cajmns.centralasianstudies.org

Обсуждение Результатов Лечения Больных С Желчнокаменной Болезнью, Осложненной Механической Желтухой

1. **Нурбобоев Адхамбек Уйғунович,**
2. **Махмудова Гулжамол Фазлиддиновна**
3. **Махмудова Анора Фазлиддиновна**

Received 18th Mar 2022,
Accepted 26th Apr 2022,
Online 29th May 2022

[1,2,3] Бухарский Государственный медицинский институт

guljamol9219@gmail.com

Аннотация: Диагностики и лечения больных ЖКБ, осложненной механической желтухой обусловлена не только увеличением числа больных с данной патологией, но и всё более широким применением новых малоинвазивных технологий. Лечение холедохолитиаза до настоящего времени остается основной проблемой при ЖКБ. Это обусловлено, прежде всего, тяжестью состояния больных и неудовлетворительными результатами лечения. Широкое внедрение этапного способа хирургического лечения позволило снизить количество осложнений и летальных исходов, строго индивидуализировать тактические подходы в группе больных с повышенным операционным риском. «Золотым стандартом» в лечении этой сложной группы больных стали малоинвазивные и эндовидеохирургические методы, которые хорошо зарекомендовали себя непосредственными и отдаленными результатами. ЭПСТ и санация желчных протоков с последующей ЛХЭ в настоящее время являются методами выбора в лечении холецистохоледохолитиаза.

Ключевые слова: печеночную недостаточность, холестаз, иммунологических, гематологических и неврологических осложнений, эндоскопическую парапапиллярную холедоходуоденостомия .

Актуальность: Вопросы тактики хирургического лечения больных с МЖ не потеряли свою актуальность и в настоящее время. Необходимо отметить, что около 80% больных находятся в возрасте 60 лет и старше. В этом возрасте у больных, как правило, имеются тяжелые сопутствующие заболевания, которые заставляют вносить коррективы в тактику хирургического лечения [6, 13, 15, 16, 29, 43]. Повышенный интерес к лечению этих больных определяется не только значительным ростом их числа, но и сохраняющимся уровнем послеоперационной летальности при различных вариантах лечебной тактики. Послеоперационная летальность у лиц пожилого и старческого возраста, оперированных на

высоте желтухи, в 3- 10 раз выше по сравнению с таковой в молодом возрасте. Частота послеоперационной летальности при продолжительности МЖ до 10 суток составляет 13,3%, тогда как она при продолжительности свыше двух недель достигает 21,1- 32,3% [16, 22, 36, 40]. При длительности механической желтухи свыше двух недель даже минимальная операционная травма вызышает развитие многочисленных осложнений, таких как печеночную недостаточность (ПН), кровотечение.

Говоря о проблеме хирургического лечения МЖ, следует подчеркнуть, что она неразрывно связана со знаниями о патогенезе холестаза. Развитие деструктивных изменений в печени при холестазе механической природы связывают с нарушением энтерогепатической циркуляции желчных кислот, токсическим действием на гепатоциты компонентов застойной желчи и проникновением их в общий кровоток. Присутствие в крови избыточного количества неконьюгированных и коньюгированных компонентов желчи вызывает торможение тканевого дыхания, нарушение процессов окислительного фосфолирования, разрушение липидных мембран клеток и субклеточных структур и возникновение деструкции печеночных клеток. Биохимическим проявлением поражения печеночных клеток являются диспротеинемия, нарушения жирового и углеводного обменов, сдвиг кислотно- щелочного и электролитного балансов и накопление в крови множества токсических продуктов метаболизма, ответственных за развитие эндогенной интоксикации.

Комплекс иммунологических, гематологических и неврологических осложнений связывают с накоплением в организме так называемых «средних молекул», т.е. веществ пептидной природы с молекулярной массой от 500 до 10 000 дальтон, содержание которых в крови повышается при ПН. Эти вещества вызывают нарушения микроциркуляции, изменяют проницаемость мембран клеток, обусловливают неврологическую симптоматику, степень выраженности которой зависит от длительности холестаза [18, 21, 37]. МЖ сопровождается вторичным иммунодефицитом. А.В. Шабунин с соавт. (1998), анализируя изменения функционального состояния печени и иммунореактивности организма в зависимости от способа и продолжительности декомпрессии, пришли к выводу, что больным с длительной МЖ и наличием симптомов холангита показана иммунокорригирующая терапия, позволяющая сократить сроки подготовки больных к радикальному хирургическому лечению. Поэтому, непрерывное нарастание нарушений функций печени и организма в целом заставляет рассматривать больных с МЖ как нуждающихся в экстренной помощи, что обусловливает необходимость разработки соответствующей хирургической тактики.

Современной является лечебная тактика, при которой первым этапом выполняется декомпрессия желчных путей с помощью эндоскопических и чрескожных методов, что позволяет подготовить больных ко второму - радикальному хирургическому лечению, провести его с меньшей летальностью и лучшими результатами [5, 14, 20, 36, 63, 68]. Принципиально существует 3 способа декомпрессии: наружный, наружно- внутренний и внутренний. К наружной декомпрессии относятся чрескоисная чреспеченочная холецистостомия (ЧЧХС), чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХГ) и лапароскопическая холецистостомия. К внутренней декомпрессии относятся ЭПСТ и транспапиллярное дренирование ВЖП. При МЖ, обусловленной ущемленным камнем или стенозирующей опухолью фатерова соска, некоторые авторы [31, 33,35,42] как вариант внутренней декомпрессии выполняют эндоскопическую парапапиллярную холедоходуоденостомию. Если при первичном дренировании протоков удается провести проводник и дренажный катетер дистальнее места окклюзии, то выполняется наружно-внутренняя декомпрессия.

Цель исследования: Целью настоящего исследования является улучшение результатов лечения больных с механической желтухой путём оптимизации алгоритма диагностики, применения малоинвазивных технологий и этапного способа хирургического лечения.

Материалы и методы: Настоящая работа основана на анализе диагностики и лечения 66 больных с ЖКБ и опухолями БПДЗ, осложненными механической желтухой за период с 2018 по 2020г г. Представленная работа проводилась на клинической базе кафедры хирургии и реанимации Бухарский медицинский институт, Республиканский Центр Экстренной Медицины Бухарский филиал. У 23 (35,0%) больных МЖ была обусловлена ЖКБ, а у 43 (65,0%) больных - опухолями БПДЗ.

Результаты и обсуждения:

Нами в лечении больных с МЖ применялась этапная тактика. Первым этапом выполнялась декомпрессия ЖВП, что позволила разрешить желтуху и подготовить больных ко второму этапу - радикальному или паллиативному лечению. Виды билиарной декомпрессии представлены в табл.3. При ЖКБ, осложненной МЖ предоперационные дренирующие вмешательства нами выполнены у 21 (91,3%) больных. Внутренняя декомпрессия и санация желчных протоков путем ЭПСТ в сочетании с литоэкстракцией выполнены 13 (56,5%) больным. Из них у 5 (38,5%) больных отмечено самостоятельное отхождение конкрементов после ЭПСТ, а у 8 (61,5) больных санация желчных протоков осуществлялась ЭПСТ в сочетании с литоэкстракцией. У 3 (13,1%) пациентов с вклиненными конкрементами БДС, была выполнена эндоскопическая супрапапиллярная холедоходуоденостомия (ЭХДС). У 10 (43,5%) больного не удалось на первом этапе устранить холедохолитиаз путем ЭПСТ. Наружное дренирование выполняли у 7 больных с высоким риском оперативного лечения, а внутренняя декомпрессия была невыполнима. Из них у 1 (14,3%) больных выполнялась ЧЧХС, а у 6(85,7%) - ЧЧХГС под ультразвуковым и рентгентелевизионным контролем.

Таблица 1. Виды билиарной декомпрессии в зависимости от причины

Причина желтухи	Внутреннее дренирование			Наружное дренирование	
	ЭПСТ	ЭПСТ+ЛЭ	ЭХДС	ЧЧХС	ЧЧХГС
ЖКБ	10(43,5%)	7(30,4%)	6(26,1%)	3(6,9%)	6(13,9%)
Опухоли БПДЗ	-	-	-	11(25,6%)	23(53,5%)
Итого	23(34,8%)			43(65,2%)	
Всего	66(100%)				

3 (1,3%) больных, поступивших в терминальной стадии острого гнойного холангита, умерли в ближайшие сутки после поступления вследствие нарастающей печеночно- почечной недостаточности (ППН). У 13 (5,5%) больных с тяжелой сопутствующей соматической патологией и крайне высоким риском анестезии эндоскопические вмешательства на БДС явились окончательными методами лечения. Холецистэктомия и санацией желчных протоков производилась у 22 (93,2%) больных. В зависимости от тактики хирургического лечения больные распределены на две группы (табл. 2).

1- ю группу составили 12 (55,7%) больных, у которых на первом этапе лечения удалось с помощью эндоскопических вмешательств на БДС устранить холедохолитиаз. У 14 (11,4%) больных с острым холециститом до эндоскопических вмешательств на БДС выполняли микрохолецистостомию под контролем УЗИ. После разрешения холедохолитиаза, желтухи и холангита при его наличии, больные подверглись второму этапу лечения - холецистэктомии.

В зависимости от метода холецистэктомии на втором этапе лечения, больные распределены на 3 подгруппы.

Подгруппа 1.1 (основная) - 38 (55,3%) больных, у которых на втором этапе выполнена лапароскопическая холецистэктомия;

Подгруппа 1.2 (основная) - 32 (26,0%) больных, у которых холецистэктомия выполнялась из минилапаротомного доступа;

Подгруппа 1.3 (контрольная) - 23 (18,7%) больных с традиционной

холецистэктомией на втором этапе лечения.

Таблица 2. Распределение больных с ЖКБ, осложненной механической желтухой по методу хирургического лечения (п = 23)

Группа	Подгруппа			
	Основная (малоинвазивные методы)		Контрольная (традиционные методы)	
1группа Холецистохоледохолитиаз (устраненный холедохолитиаз на первом этапе лечения) (n=12)	**1.1**	**ЭПСТ= ЛЭ+ЛХЭ (N=6)**	**1.3.**	**ЭПСТ= ЛЭ+ТХЭ (N=3)**
	1.2.	**ЭПСТ=ЛЭ+МЛХЭ (N=3)**		
2 группа Холецистохоледохолитиаз (неустраненный холедохолитиаз на первом этапе лечения) (n=9)	**2.1.**	**МЛХЭ+ вмешательство на холедохе (N=5)**	**2.2.**	**ТХЭ+ вмешательство на холедохе (N=4)**

2- ю группу составили 9 (41,7%) больных с неустраненным холедохолитиазом на первом этапе лечения. После разрешения желтухи вторым этапом выполнена холецистэктомия с вмешательством на холедохе. У 3 (33,6%) больных холедохолитиаз сочетался со стенозом ТОХ.

В зависимости от метода оперативного вмешательства больные распределены на две подгруппы.

Подгруппа 2.1 (основная) – 5 (43,9%) больных, у которых холецистэктомия и вмешательство на холедохе осуществлялась из минилапаротомного доступа.

Подгруппа 2.2 (контрольная) - 4 (56,1%) больных, у которых холецистэктомия и вмешательство на холедохе осуществлялась традиционным методом. При опухолях БПДЗ предоперационная декомпрессия желчных протоков проводилась у 38 (86,4%) пациента (см. табл. 3). Их них у 8 (22,9%) выполнялась ЧЧХС, а у 29 (77,1%) - ЧЧХГС. 1 (5,4%) больных умерли в ближайшие сутки после поступления вследствие нарастающей печеночной недостаточности и раковой интоксикации. У 5 (13,2%) больных с опухолями БПДЗ, в связи с тяжелым состоянием, обусловленной терминальной стадией и распространенностью опухолевого процесса, наружное (3) или наружно- внутреннее (2) желчеотведение явилось окончательным методом лечения.

В ходе обследования у 4 (9,5%) больных установлены показания к радикальному оперативному лечению. 3 (90,5%) пациентам выполнена ПДР (рак головки поджелудочной железы — 1; рак терминального отдела холедоха - 1; рак БДС - 1). В 4 (9,5%) случаях выполнена резекция ворот

печени по поводу опухоли Клатскина. У 3 (90,5%) пациентов пожилого возраста с опухолями БДС выполнено условно- радикальное оперативное вмешательство (папиллэктомия).

Актуальность вопросов диагностики и лечения больных ЖКБ, осложненной механической желтухой обусловлена не только увеличением числа больных с данной патологией, но и всё более широким применением новых малоинвазивных технологий. Лечение холедохолитиаза до настоящего времени остается основной проблемой при ЖКБ. Это обусловлено, прежде всего, тяжестью состояния больных и неудовлетворительными результатами лечения. Широкое внедрение этапного способа хирургического лечения позволило снизить количество осложнений и летальных исходов, строго индивидуализировать тактические подходы в группе больных с повышенным операционным риском. «Золотым стандартом» в лечении этой сложной группы больных стали малоинвазивные и эндовидеохирургические методы, которые хорошо зарекомендовали себя непосредственными и отдаленными результатами. ЭПСТ и санация желчных протоков с последующей ЛХЭ в настоящее время являются методами выбора в лечении холецистохоледохолитиаза. На первом этапе лечения с помощью эндоскопических вмешательств на БДС нам удалось разрешить холедохолитиаз у 136 больных. Производились они, как правило, в первые сутки после поступления пациентов в стационар. После эндоскопических вмешательств осложнения нами отмечены у 6 (4,5%) больных. В 2- х случаях ЭПСТ осложнилась кровотечением из папиллотомной раны. Кровотечение остановлено коагуляцией. У 4- х больных развился острый панкреатит с характерной клинической картиной и повышением уровня альфа- амилазы в крови. Своевременно начатая комплексная консервативная терапия позволила купировать острый панкреатит. Полноценность санации желчных протоков осуществлялась с помощью УЗИ и ПРФХС.

Пероральная ретроградная фиброхолангиоскопия (ПРФХС) является одной из современных технологий в диагностике патологий БПДЗ. Данное исследование нами применялось у 17 больных с холедохолитиазом после эндоскопического лечения, что со стопроцентной достоверностью позволило определить полноценность санации желчных протоков. ПРХГСу больного после ЭПСТ с литоэкстракцией.

У 13 пациентов эндоскопические вмешательство на БДС явились окончательными методами лечения. Учитывая наличие у больных тяжелой сопутствующей соматической патологии и крайне высокого операционно- анестезиологического риска, мы воздержались от выполнения холецистэктомии. 23 пациентам на втором этапе произведена холецистэктомия. Сроки выполнения холецистэктомии определяли в зависимости от тяжести желтухи и наличия холангита. У больных с легкой степенью тяжести желтухи холецистэктомия обычно выполнялась на 5- 7- е сутки, при средней тяжести желтухи - на 10- 12- е сутки, а при тяжелой степени желтухи и наличии холангита- не ранее чем через 14- 16 суток. У 14 (11,4%) больных, при сочетании холедохолитиаза с острым холециститом до эндоскопических вмешательств на БДС нами выполнялас.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авалиани М.В., Капранов С.А., Василенко Ю.В. и др. Компрессионные билиодигестивные анастомозы с использованием магнитных элементов при паллиативном лечении механической желтухи опухолевой этиологии // Тезисы докладов IV конференции хирургов- гепатологов «Современные проблемы хирургической гепатологии». - Тула, 1996. Т.1, - С. 75.

2. Андреев А.Л., Учваткин В.Г., Седлецкий В.В. и др. Лечение холедохолитиаза. Лапароскопические вмешательства на общем желчном протоке и способы их завершения // Эндоскопическая хирургия. - 1999. - №5. - С. 13- 14.

3. Гранов А.М., Тютин Л.А. Современные технологии лучевой диагностики опухолей печени и поджелудочной железы / Материалы научной конференции «Новые технологии в диагностике, интервенционной радиологии и хирургии печени и поджелудочной железы». Санкт- Петербург. - 2005. - С.20.

4. Дондеро Ф., Маеда А., Киаманеш Р. Лечение холангиокарциномы // Анналы хирургической гепатологии. - 2003. - Том 8, - № 1. - С. 47- 51.

5. Arashova G.A. Peculiarities of the disease chickenpox in adults. World Medcine Journal -2021.- No.1(1). -P. 100-104

6. Arashova G. A.,Ismoilov I. I. Methods of early detection of rejection in a kidney transplant from a relative donor. Academician Globe: Inderscience Research 2021/5/21 T- 2 No. 5. - P. 293-295

7. Арашова Г.А.К вопросу о течении ветряной оспы у взрослых. 2019 Журнал Проблемы биологии и медицины, Том1, № 4.2, Страницы 7-9

8. Arashova G. A., Gulamov M.Kh. Morphological and Functional Aspects of the Lymphatic System and its Current Problems.International Journal of Innovative Analyses and Emerging Technology. 2021/10/5 T-1, No. 5. - P. 149–152

9. Арашова Г.А., БобожоджаевС.Н. Клинико-эпидемиологические особенности бруцеллёза.2008 Журнал Российская научно-практическая конференция, № 4 Часть 1, Страницы 14-15

10. Арашова Г.А.Клинические особенности течения ветряной оспы у взрослых. 2019 Журнал Новый день в медицине № 4, Страницы 130-132

11. Арашова Г.А., Ахмедова М.Д., Облокулов А.А.Иммунологические показатели при остром бруцеллёзе. 2009 Журнал Российская научно-практическая конференция, № 1 Часть 1, Страницы 33-34

12. Arashova G. A., Ismoilov I. I. Current immunological problems in kidney transplantation. Web of scientist International Scientific Research Journal-2021/9/21 T- 2 No. 9. - P. 24-28

13. Guljamol Fazliddinonvna Makhmudova, Adkhambek Uygunovich Nurboboyev.Treatment of mechanical jaundice via the modern way// Scientific progress, 2021.-№6.-P.530-537

14. Makhmudova G.F. Age-related clinical,anatomical and morphological features of malignant tumors of the cervix// Journal of science and technology//2021.-P.-475-480

15. М.А. Ахмадова, А.Т.,Сохибова З.Р., Д.К. Худойбердиев.,Ж.Р.Нуров Диагностика эхинококкоза у молодёжи на современниом этапе./Тиббиётда янги кун 2019 й.3(27)- стр 54-56

16. М.А. Ахмадова, А.Т. Чўлиев, Ж.Р. Нуров, Д.К. Худойбердиев Лучеваядиагностикаэхинококкозапечени./Биологияватиббиётмуаммолари.2019,№4.2(115)с. 20-25

17. Сохибова З.Р.,Ахмадова М.А. Комплексная диагностика и хирургическое и хирургическое лечение осложненных форм эхинококкоза печени./Oriental Renaissance: Innovative, Educational, natural and social sciences/2021й -стр 203-212.

18. Сохибова З.Р.,Ахмадова М.А. Комплексная диагностика и хирургическое и хирургическое лечение осложненных форм эхинококкоза печени./Oriental Renaissance: Innovative, Educational, natural and socialsciences/2021й -стр 203-212.

19. Нарзиева Д.Ф.Значение Иммуногистохимических маркеров при метастазировании рака молочной железы в легкие.// Oriental Renaissance: Innovtive, educational, natural and social sciences.// -2021 Vol.1-C.170-175
20. Z.R. Sokhibova, M.R. Turdiyev, (2021). Some Features Of Laboratory Indicators Of Micro And Macro-Elementary Condition Of The Organism Of Female Age Women Innormality And In Iron Deficiency. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 3(02), MO-145.
21. Mamedov U.S., Pulatova D.SH. The Results of Cancer Treatment of the Oral Caviti Tumors in //the Republic of Uzbekistan European journal of Pharmaceutical and Medical Research. -2019. -6(9). - P. 326-329.
22. Narziyeva D.F., Jonibekov J.J.; Morphological features of tumor in different treatment options for patients with locally advanced breast cancer // Middle European scientific bulletin.Volume 7-2020-Dec. – P. 105-10
23. Nurov Jamshid Raxmatovich. Morphofunctional characters of the greater omentum // International Journal of Discoveries and Innovations in Applied Sciences. – 2021. – Vol. 1(5). – P. 130-134.
24. Nurov J.R., Khalikova F.S. Long-term results of surgical treatment patients with stomach cancer // Вестник науки и образования. – 2020. – №23-2(101). – С. 85-89.
25. R. R. Navruzov. Morphological and morphometric changes of the stomach layer of one monthly white rats // Journal For Innovative Development in Pharmaceutical and Technical Science (JIDPTS). Volume:4, Issue:5, May:2021 pp :(7-10)
26. R. R. Navruzov. Lymphothorp therapy in the complex of treatment of purulent inflammatory diseases of the hand in outpatient conditions // New day in medicine 30.2020
27. Гафур Нормуродович Саидов, Учкун Гафурович Абдукаримов, Гулжамол Фазлиддиновна Махмудова. Эпидемиологические показатели первично-множественных опухолей (обзор литературы)// Биология и интегративная медицина// 2019№ 11 (39).-С.
28. Нуров Ж.Р. Послеоперационная аналитика раннего периода хирургического лечения злокачественной опухоли желудка // Oriental Renaissance: Innovative, educational, natural and social sciences. – 2021. – Vol. 1(8). – P. 185-191.
29. Rakhmonovna, S. Z., & Sharipovna, A. N. (2020). Characteristics of exchange of essential microelements of copper and zinc in healthy fertilized women and women with combined copper and zinc deficiency state. European Journal of Molecular & Clinical Medicine, 7(1), 3332-3335.
30. Nurov Jamshid Raxmatovich, Narzieva Dilnoza Fakhriddinovna. The Significance of Immunohistochemical Markers in the Treatment of Breast Cancer // International journal on orange technology. – 2021. – Vol. 03(9). – P. 69-72.
31. Nurov Jamshid Raxmatovich, Ahmadova Maftuna Amin qizi. Features of Anatomy of the Greater Omentum // International journal on orange technology. – 2021. – Vol. 03(9). – P. 66-68.
32. Nurov Jamshid Raxmatovich, Narzieva Dilnoza Fakhriddinovna. Immediate Results of Surgical Treatment of Gastric Cancer // International journal on orange technology. – 2021. – Vol. 03(9). – P. 62-65.
33. Sokhibova, Z. R., & Turdiyev, M. R. (2021). Some Features Of Laboratory Indicators Of Micro And Macro-Elementary Condition Of The Organism Of Female Age Women Innormality And In Iron Deficiency. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 3(02), 140-145.

34. G.F.Makhmudova Colposcopic analysis of cervical pathology in women with uterine fibroids//Scientific progress// 3(1), 289-296,2022
35. А.У. Нурбобоев, МС Шаропова, А.Ф. Махмудова Турли этиологияли механик сарикликни даволашда замонапвий минилапаратом усуллар// Scientific progress// 3(1), 713-721, 2022
36. MG Fazliddinovna, NA Uygunovich, ND Faxriddinovna The modern way of diagnosis of cervical pathology in women with uterine fibroids via the colposcopy//Web of scientist: international scientific research journal.-3(02), 1017-1027, 2022.
37. Abdullayev Habibulla Narzulloyevich, Makhmudova Guljamol Fazliddinovna, Makhmudova Anora Fazliddinovna // Age-related clinical and instrumental analysis of malignant tumors of the cervix// Eurasian Medical Research Periodical.-2021 Vol 3, 1-8.
38. AH Narzulloyevich, MG Fazliddinovna, KF Sharopovna// Comparison of the results of modern methods of treatment of elderly women with breast cancer// Eurasian Medical Research Periodical 3, 9-15.
39. X FeruzaCurrent concepts of breast cancer risk factors International journal of philosophical studies and social sciences 1 (3), 57-66,2021
40. KF Sharofovna, MU Sunnatovich, JN MODERN APPROACH TO BREAST CANCER SCREENINGAblokulovich European Journal of Life Safety and Stability (2660-9630) 7, 148-154,2021
41. MG Khasanovna, KF SharofovnaFeatures Computer-Dependence in Adolescents European Multidisciplinary Journal of Modern Science 4, 239-243,2022
42. KF Sharofovna MASTOPATHY AND BREAST CANCER PREVENTION AS AN INTERDISCIPLINARY ISSUEИЖТИМОИЙФАНЛАРДАИННОВАЦИЯОНЛАЙНИЛМИЙЖУРНАЛИ, 118-126,2022
43. ФШ ХаликоваСРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМБарқарорликваЕтакчиТадқиқотлар онлайн илмийжурнали 1 (5), 181-188,2021